

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 30

DES VARIATIONS DE LA TENSION INTRA-OCULAIRE APRÈS L'OPÉRATION DU COLMATAGE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 13 Décembre 1929

PAR

Henri - Eugène - Bernard ORTHOLAN

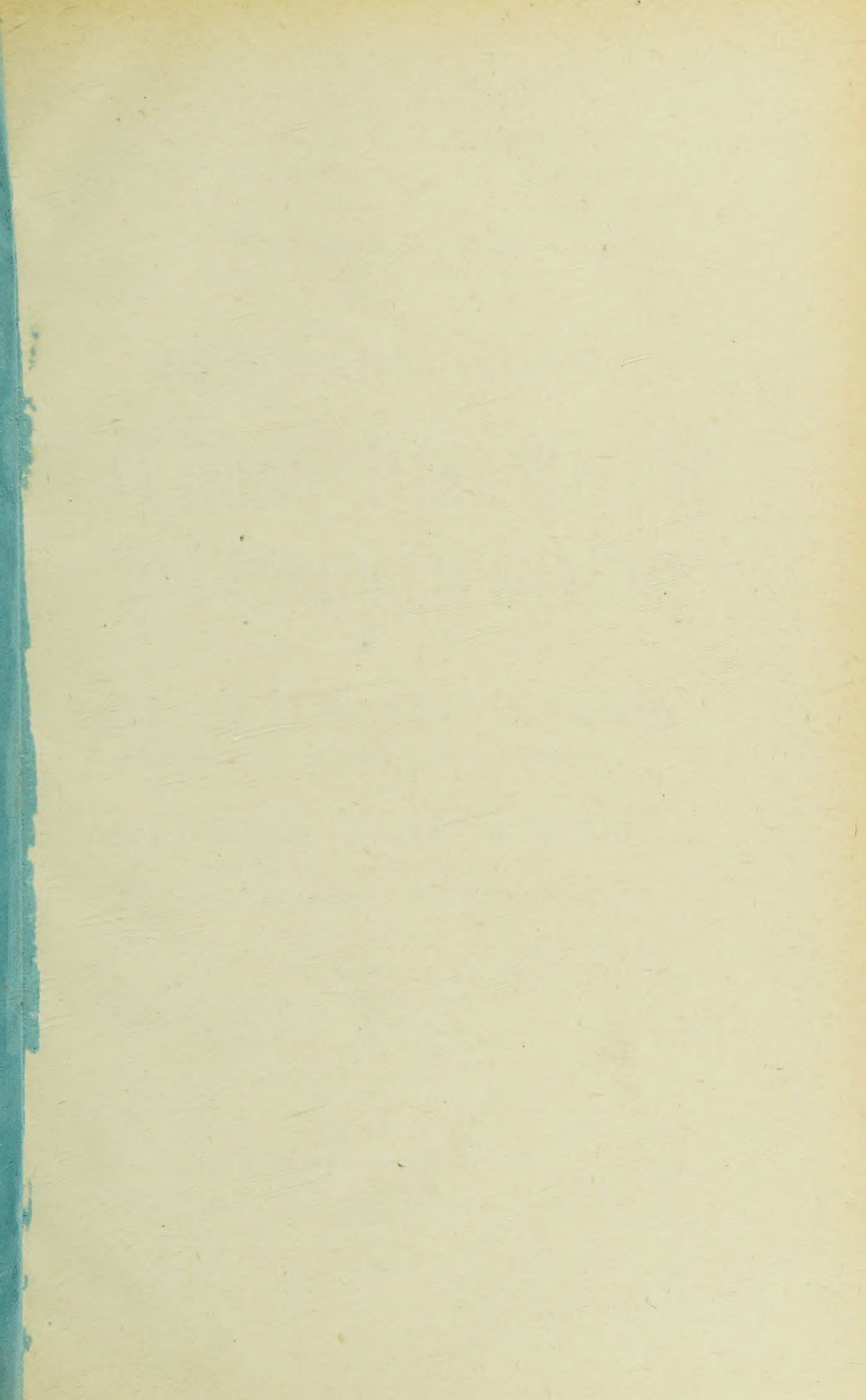
ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à MIRANDE (Gers) le 7 Septembre 1903

Examineurs de la Thèse	{	MM. TEULIÈRES, professeur	<i>Président.</i>
		BÉGOVIN, professeur	
		PAPIN, agrégé	<i>Juges.</i>
		BEAUVIEUX, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE D'ALBRET
G. ROULLEAU
100, COURS D'ALBRET, 100

1929





Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 30

DES VARIATIONS DE LA TENSION INTRA-OCULAIRE APRÈS L'OPÉRATION DU COLMATAGE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 13 Décembre 1929

PAR

Henri - Eugène - Bernard ORTHOLAN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à MIRANDE (Gers) le 7 Septembre 1903

Examineurs de la Thèse	{	MM. TEULIÈRES, professeur	{	<i>Président.</i>
		BÉGOUIN, professeur		<i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé		
		BEAUVIEUX, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE D'ALBRET
G. ROULLEAU
100, COURS D'ALBRET, 100

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIERE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	MAURIAC.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIERES.
id.	BEGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orth.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques gén.	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDERODIAS	Clinique méd. malad. des enfants.	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale ...	DENIGES.
Anatomie	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceut.	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie ..	G. DUBREUIL	Médec. colon. et cliniq. des maladies coloniales.	BONNIN.
Physiologie	PACHON.	Clinique des mal. cutanées et syph.	PETGES.
Hygiène	AUCHE.	Clinique des mal. des voies urin.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie ...	LANDE.	Clinique des malad. nerv. et ment.	ABADIE.
Electroradiologie et clinique d'elect. médicale	RECHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..	LABAT.
Botanique et matière médicale...	BEILLE.	Hydrologie thérapeut. et climatiq.	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIE (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
Histologie	LACOSTE.	id.	JEANNENE.
Anatomie pathologique	MURÂTET.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale	CREYX.	Obstétrique	PÉRY.
id.	N.	id.	N.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEU.
id.	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie ...	JOULIA.
id.	PIECHAUD.	Pharmacie	GOLSE.
Maladies mentales	PERRENS.		



COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIE.	Ophtalmologie	CABANNES.
Médecine opératoire	PAPIN.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Accouchements	PÉRY.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALA.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.	MM. N.		
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation profess.	GOURD.		

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

DOCTEUR ORTHOLAN

DOCTEUR DUCROS

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

A MON PÈRE

DOCTEUR J. ORTHOLAN

Témoignage de reconnaissance que je dois
à son affection et à ses sacrifices.

A MON ONCLE, DOCTEUR T. ORTHOLAN

A MON COUSIN, J. ORTHOLAN

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES DE PROMOTION :

DOCTEUR M. TÉREAU

DOCTEUR M. BASTOUIL

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGÈRE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER D'ACADÉMIE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2^e CLASSE MIRGUET
SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER D'ACADÉMIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUVIEUX
PROFESSEUR AGRÉGÉ D'OPHTALMOLOGIE
CHEF DE LABORATOIRE DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A mon Maître et Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TEULIÈRES

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter l'Ecole de Santé Navale, la Faculté de Médecine de Bordeaux, nous tenons à adresser nos remerciements les plus chaleureux à tous ceux qui furent nos maîtres au cours de nos études.

C'est surtout au Professeur Teulières que s'adressera notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous avons suivi avec le plus vif intérêt, pendant les deux dernières années de nos études, son enseignement, qu'il nous donnait à ses cliniques, ses consultations, ses cours de perfectionnement; il servira de base à notre pratique journalière. En écoutant sa parole, nous avons acquis de nombreuses connaissances; il nous a appris à aimer l'ophtalmologie.

M. le Professeur agrégé Beauvieux nous a toujours guidé avec bienveillance dans la préparation de notre travail; qu'il reçoive ici l'expression de nos plus sincères remerciements. Nous n'oublierons pas ses leçons si intéressantes sur l'anatomie et la physiologie de l'œil.

M. le Docteur Viaud, chef de clinique à la Faculté, nous a inculqué les premiers éléments d'ophtalmologie; il nous a toujours guidé de ses conseils avec une parfaite bonne grâce.

Nous sommes restés six mois dans le service de M. le Docteur Bousquet, en qualité d'externe. Par son sens clinique de premier ordre, il nous a appris à mieux connaître le malade.

C'est aussi à nos camarades de promotion qu'ira notre souvenir affectueux. Leur réconfortante amitié, leur spirituelle gaieté nous a aidé à passer de bons moments.

Nous assurons enfin nos parents de notre vive reconnaissance et de notre grande affection.

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier les variations de la tension intraoculaire après le colmatage. Dans la première partie de notre travail, nous parlerons de la tension intraoculaire, nous dirons quels sont les facteurs qui concourent à la maintenir à un taux normal. Nous serons naturellement amenés à parler de l'hypotonie; des conséquences quelle entraîne, et des moyens employés pour relever la tension.

La deuxième partie de notre travail sera plus importante; elle comportera la publication d'observations, leur discussion, enfin la conclusion.

Pour nous résumer, voici le plan que nous avons adopté:

Chapitre I : Etude de la tension oculaire.

Chapitre II : L'hypotonie envisagée surtout dans la myopie maligne.

Chapitre III : Le décollement rétinien. Ses causes, sa pathogénie, son mécanisme.

Chapitre IV : Méthodes destinées à faire remonter la tension oculaire.

Chapitre V : Le colmatage. Son mode d'action.

Chapitre VI : Observations.

Chapitre VII : Discussion.

Chapitre VIII : Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

LA TENSION OCULAIRE

Le globe oculaire est un organe destiné à recueillir les sensations lumineuses. Les liquides qu'il renferme maintiennent sa forme constante à l'état normal en exerçant une certaine pression sur sa face interne. Cette pression est d'autant plus élevée que la quantité de liquide est plus grande et la capacité du globe oculaire plus petite. La tension ou tonus, considérée comme l'expression de la pression intraoculaire, dépend donc du rapport qui existe entre la capacité du globe et le volume de son contenu.

A l'état normal, ces variations de pression intraoculaire sont tellement peu importantes que l'on peut considérer la tension comme constante. Il existe en effet des centres vasomoteurs régulateurs de la tension, siégeant au niveau du système ganglionnaire du corps ciliaire et de la choroïde. Ces nerfs vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs dépendant du trijumeau et du sympathique règlent l'arrivée du sang dans les différents organes de l'œil. De nombreuses expériences dues à Adamüek, Golovine, Heine, ont montré que l'hypérémie endoculaire entraînait une augmentation

de la tension, que la diminution de l'apport sanguin par la ligature de la carotide par exemple, la faisait au contraire baisser.

Les contractions musculaires en modifiant le volume du globe oculaire exercent une certaine influence sur les variations de la tension; il en est de même de l'humeur aqueuse qui, d'après la plupart des auteurs, est secrétée par les procès ciliaires. Magitot et ses élèves pensent au contraire que l'humeur aqueuse est un liquide rétinien. Nous n'adopterons pas ce point de vue. Nous verrons tout à l'heure comment, en bouchant ses voies d'excrétion on peut remonter la tension défailante.

Celle-ci est sujette à des variations multiples. Toute perturbation produite dans le système nerveux musculaire ou circulatoire de l'œil peut produire des modifications de sa tension.

Chez l'homme, elle oscille entre 17 et 25 m/m. de mercure. Elle peut être mesurée d'une façon approximative par la palpation digitale, d'une façon plus exacte avec les tonomètres.

Le tonomètre dont nous nous sommes servis au cours de notre travail est celui de Schiøetz. Le malade est placé dans la position horizontale. On insensibilise l'œil au moyen d'un collyre à l'holocaïne à 2 % qu'on laisse agir pendant 3 minutes. Il doit regarder en face de lui, sans contracter les muscles droits pour ne pas fausser les résultats fournis par le tonomètre. Ces conditions étant requises, on adapte la cupule de l'appareil sur le centre de la cornée. On voit alors l'aiguille parcourir un cadran et s'arrêter en un point. Il est alors facile de calculer la tension avec l'échelle du tonomètre. Pour les yeux hypotones, la tension se mesure avec un poids de 7 gr. 50. Si elle paraît plus élevée, on adapte sur la tige mobile un poids de 10 gr. ou de 15 gr. Les indications fournies par cet appareil n'ont pas une valeur absolue. Néanmoins, il nous permet de com-

parer différentes tensions chez le même malade dont les courbes pourront nous donner des indications utiles sur la maladie en cours.

Un œil est considéré comme franchement hypotone s'il a une tension égale ou inférieure à 15. Nous allons maintenant étudier l'hypotonie, et les conséquences qu'elle entraîne.

CHAPITRE II

DE L'HYPOTONIE ENVISAGEE SURTOUT DANS LA MYOPIE MALIGNE

Tous les auteurs sont d'accord pour penser qu'une baisse plus ou moins considérable du tonus de l'œil est toujours de mauvais aloi. Dans un œil hypotone, la circulation se fait mal; il existe des troubles du vitré et tous les organes qui président à la fonction visuelle sont de ce fait, placés dans de mauvaises conditions pour remplir leur rôle physiologique. C'est ce que pensait Lagrange lorsqu'il écrivait : « Un sujet atteint d'ophtalmomalacie est fatigué, lassé, sans ressort, incapable de se défendre; il a de l'hyposympathicotonie ou de la vagotonie. C'est un débile; ses glandes endocrines sont au-dessous de leur fonctionnement régulier et la glande de l'humeur aqueuse est chez lui déficiente. Le centre cilio-spinal du sympathique ne fonctionne pas. »

Cette hypotonie peut être passagère. Elle peut succéder à un traumatisme avec issue de corps vitré, à une kératite, à une irido-cyclite, survenir dans les états cachectiques, ou à la suite d'une infection générale.

La baisse de l'acuité visuelle dont se plaignent les malades ne présente aucun rapport avec la diminution de la tension; parfois c'est l'œil le plus hypotone qui a la meilleure acuité.

Il existe deux affections dans lesquelles cette hypotonie offre un maximum de gravité : la myopie forte et le décollement de la rétine.

Giffa, étudiant la tension oculaire dans la myopie constatata que sur 53 myopes, 31 fois la tension était normale, 17 fois elle était diminuée, 2 fois elle était supérieure à la normale.

L'hypotonie est donc fréquente dans la myopie, et cela est facile à expliquer. La myopie maligne s'accompagne en général de troubles circulatoires locaux. Nous avons dit dans le précédent chapitre, le rôle que joue la circulation sanguine dans la nutrition de l'œil. Il n'est donc pas étonnant de penser que toute modification des échanges aura comme conséquence un abaissement de la tension. Cette hypotonie pourra entraîner la dégénérescence du corps vitré. Il est d'ailleurs fréquent de décèler par l'examen ophtalmoscopique la présence de corps flottants et aussi de lésions de chorio-rétinite.

Nous voyons donc que l'hypotonie et la myopie forte ont entre elles d'étroits rapports. Lorsqu'elles sont associées, elles aboutissent souvent au décollement de la rétine dont nous allons maintenant dire quelques mots.

CHAPITRE III

LE DECOLLEMENT RETINIEN SES CAUSES, SA PATHOGENIE, SON MECANISME

Nous n'étudierons, dans ce chapitre, que le décollement rétinien consécutif à une baisse considérable du tonus de l'œil, que nous ayons pu ou non déceler une déchirure de la rétine. Nous laisserons de côté celui survenant chez un œil emmétrope après un traumatisme, l'introduction d'un corps étranger, ou consécutif à une tumeur par exemple.

Weekers, de Liège, étudiant la tension oculaire dans le décollement, constata qu'elle subissait de nombreuses variations. Au début, c'est une augmentation brusque de la tension, de très courte durée, faisant place ensuite à une hypotonie considérable. Puis la tension remonte peu à peu sans revenir au niveau normal.

Comment se produit le décollement ? Plusieurs pathogénies ont été invoquées. Tout récemment Sourdille, Gonin, Gallois, Hanssen, ont publié d'intéressants travaux sur cette question, et montré l'importance de certains facteurs, en particulier la déchirure de la rétine. L'humeur vitrée qui permet à la rétine de rester appliquée contre la choroïde es! ramollie dans les yeux hypotones. La circulation se fait

mal dans les vaisseaux. De plus, fait extrêmement important, le décollement est très fréquent dans un œil myope; or, celui-ci est allongé dans le sens antéro-postérieur, et soumis à d'incessants tiraillements d'origine musculaire.

Les exsudats de provenance choroïdienne ne tardent pas à soulever la rétine, et celle-ci n'offre aucune résistance, en raison de l'insuffisance de pression du corps vitré contre elle, et de la présence de ces éléments étrangers qui viennent s'interposer entre son feuillet pigmentaire et la choroïde. Le décollement est alors constitué.

Comme l'épithélium pigmentaire de la rétine reste adhérent à la choroïde, ce décollement est dû en réalité à un épanchement intra-rétinien provoqué par une affection de la choroïde et favorisé par l'hypotonie de l'œil et le ramollissement du vitré.

Autrefois, le décollement de la rétine considéré comme une maladie incurable, commence aujourd'hui à être traité avec quelques succès opératoires.

En 1925, Sourdille a préconisé une méthode qui consiste à faire des ponctions vitréennes dans l'aire du décollement suivies d'injection sous-conjonctivale de cyanure de mercure au 3.000^e avec décubitus dorsal pendant un mois et injections de chlorure de sodium toutes les semaines.

Plus récemment, Gonin rapporte un grand nombre d'observations de malades guéris à la suite d'une thermo-cautérisation portant sur les déchirures de la rétine.

Lagrange, attribuant à la baisse de la tension un rôle primordial dans la genèse du décollement rétinien, a tout naturellement cherché, pour tenter de le guérir, à relever cette tension. Se basant sur des observations cliniques de brûlures du segment antérieur de l'œil par de la chaux, par exemple, qui s'étaient accompagnées de phénomènes glaucomateux, il pensait qu'en obturant complètement les voies d'excrétion de l'œil, on pouvait aller jusqu'à provoquer un véritable glaucome expérimental.

Pour guérir le décollement il s'adressa donc aux voies de filtration et d'excrétion de l'œil qu'il se proposa d'obturer pour faire remonter la tension et réappliquer la rétine contre la choroïde.

Et cela se conçoit facilement, si l'on pense que quelque soit l'endroit où siège le décollement, l'action du liquide s'exercera dans tous les sens avec la même pression sur la surface interne de l'œil. Est-ce à dire qu'en faisant remonter la tension, on pourra guérir tous les décollements ? Rien n'est moins certain. Il en est quelques-uns qui ne s'accompagnent pas d'hypotonie, il en est d'autres qui entraînent de gros délabrements de la rétine et par suite la perte de la vision.

Mais soutenir la tension défaillante de l'œil, c'est mettre celui-ci dans les conditions propres à exercer ses fonctions; c'est pour cette raison qu'elle doit être l'objet d'une surveillance continuelle.

Il existe plusieurs méthodes destinées à faire remonter la tension. Nous allons les étudier maintenant.

CHAPITRE IV

METHODES DESTINEES A RELEVER LA TENSION OCULAIRE

« Nous pensons que pour relever la tension de l'œil, comme pour l'abaisser, il faut s'adresser aux voies de filtration », écrit Lagrange dans son ouvrage : « Glaucome et Hypotonie. » « Le moyen que nous proposons consiste à créer autour de la coque oculaire au niveau de l'angle de filtration, une cuirasse plus ou moins épaisse de tissu fibreux dont les mailles denses, privées de vaisseaux, ne puissent recevoir le liquide qui passe à ce niveau de la chambre antérieure sous la conjonctive. »

Nous avons rappelé brièvement dans notre premier chapitre que l'humeur aqueuse jouait un rôle dans le tonus physiologique de l'œil. Celle-ci est sécrétée par la surface des procès ciliaires; elle passe ensuite à travers la chambre postérieure et la pupille dans la chambre antérieure. Puis elle s'élimine lentement, au niveau de l'angle irido-cornéen par le canal de Schlemm, les veines perforantes et du corps ciliaire. Telles sont rapidement énumérées les voies lymphatiques antérieures étudiées en particulier par Leber et son école, Schwalbe, Priestley-Schmith.

Les postérieures constituées par le canal central du corps vitré s'étendent depuis l'entrée du nerf optique jusqu'au pôle postérieur du cristallin. Elles aboutissent dans les espaces lymphatiques du nerf optique comme l'ont montré les expériences de Stilling qui, par des injections de bleu dans le vitré vit le colorant se répandre dans le nerf optique et les vaisseaux centraux.

L'excrétion de l'humeur aqueuse se fait donc par plusieurs voies. La plus importante, l'antérieure, est celle sur laquelle on peut agir.

En débloquent l'angle irido-cornéen dans le glaucome et en établissant à la place de l'angle de filtration déficient une fistule sous-conjonctivale, Lagrange avait abaissé d'une façon permanente la tension des glaucomateux.

En gênant la circulation de retour chez les hypotones, il voulut produire l'effet inverse et relever la tension.

L'idée de Lagrange n'est pas nouvelle. Avant lui de nombreux essais de relèvement de la tension avaient été pratiqués.

Weber, en 1877, obtura l'angle de filtration en injectant de l'huile d'olive dans la chambre antérieure, Troncoso en injectant dans le globe des matières albumineuses, Schöler en brûlant à l'aide d'une aiguille rougie le limbe scléro-cornéen, sur tout son pourtour, essayèrent d'arriver au même résultat.

Parisotti, en 1911, montra la possibilité de créer expérimentalement le glaucome en faisant une électrolyse pénétrante dans la région de l'angle irien. Kummel, en 1912, constata une augmentation de la pression intra-oculaire à la suite de brûlures profondes faites dans la région du segment antérieur. Guarino, dans son livre sur le glaucome en Orient, montra combien la tension oculaire était élevée chez les indigènes qui avaient présenté des granulations trachomateuses; celles-ci avaient eu pour résultat de produire des cicatrices au niveau de la zone pérécornéenne.

née; la perméabilité des voies d'excrétion des liquides ayant diminué, une augmentation de la tension s'était manifestée postérieurement. Ruben, au Congrès d'Heidelberg, en 1912, montra que les yeux énucléés sur lesquels il avait provoqué par immersion une tuméfaction de la sclérotique et de la cornée, accusaient une hypertonie due au gonflement des membranes.

Pour provoquer la production d'un véritable tissu fibreux autour du segment antérieur de l'œil, Lagrange utilisa les injections sous conjonctivales de cyanure de mercure et de chlorure de sodium; cette méthode couramment employée dans les hôpitaux sert à renforcer l'action du colmatage, que nous allons maintenant étudier en détail.

CHAPITRE V

LE COLMATAGE. — SON MODE D'ACTION

Le grand mérite de Lagrange a été de faire entrer dans la pratique courante une opération qui, jusque là, était restée dans le domaine de l'expérimentation. Elle a été pratiquée pour la première fois dans son service, en 1912, époque à laquelle il fit une communication à la Société française d'ophtalmologie. Depuis, de nombreux travaux ont été publiés par ses élèves : le docteur Geneviève, thèse de Bordeaux, 1914; le docteur Gifflo, thèse de Bordeaux, 1920; le docteur Pesme, communication au Congrès de la Société française d'ophtalmologie, 1921; le docteur Lacroix, le docteur Guérin, thèse de Bordeaux, 1922; le docteur Delorme.

Les résultats qu'ils ont obtenu en pratiquant le colmatage sur des yeux hypotones, sont en général très encourageants.

Après une instillation de cocaïne, puis une injection sous-conjonctivale d'holocaïne à 2 %, Lagrange disséquait la sclérotique en pratiquant une incision circulaire de façon à bien mettre à nu la région du canal de Schlemm

puis la rabattait sur la cornée. Il cautérisait ensuite avec la lame plate d'un galvano-cautère la région du limbe; il ajoutait dans le segment postérieur des injections d'eau salée à 10 % qui, complétant l'action du colmatage, agissaient en épaississant la coque sclérale.

Le procédé de la péritomie ignée a été employé plus tard par Lagrange. Au lieu de disséquer la conjonctive il pratiquait des cautérisations profondes dans la région péri-limbique sur la conjonctive laissée en place.

L'œil était insensibilisé auparavant avec une solution de cocaïne à 5 %. Cette cautérisation épisclérale peut se faire en deux temps.

Dans un premier temps, le segment supérieur seul sera intéressé. Dans un deuxième temps, lorsque l'œil a repris son aspect normal, on pratiquera un hémicolmatage inférieur, et on ajoutera un pansement avec de la pommade de façon à adoucir les frottements de la paupière contre la conjonctive. A des intervalles plus ou moins éloignés on fera des injections modificatrices d'eau salée en surveillant la tension de l'œil.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Décollement de la rétine.

Madame C..., 64 ans, couturière, s'aperçut le 15 octobre 1920, en travaillant, que sa vue baissait de l'œil gauche. Cette diminution de l'acuité visuelle n'était imputable à aucune raison apparente. Un docteur consulté l'envoie à la clinique ophtalmologique le 18 octobre 1920.

Autrefois elle a eu des céphalées fréquentes à l'occasion de travaux prolongés à l'aiguille.

Mariée à 21 ans; une fausse couche. Ménopause à 64 ans sans troubles notables,

Examen le 18 octobre 1920 :

OG : Décollement manifeste étendu à tout le segment inférieur de la rétine, la papille présentant des contours flous par suite du trouble du vitré.

TOG : 15.

VOG : voit passer les doigts à 1 mètre.

Hémicolmatage supérieur OG, le 20 octobre.

Hémicolmatage inférieur le 29 octobre 1920, suivi d'une injection sous-conjonctivale de 1 cc ³d'eau salée.

Le 31 octobre : deuxième injection d'eau salée.

Le 3 novembre : troisième injection d'eau salée.

Exéat le 10 novembre 1920.

Revient à la consultation le 30 août 1921.

VOG : compte les doigts à 1 mètre.

TOG : 20.

A l'examen ophtalmoscopique, le décollement est encore notable.

Le 8 octobre 1921 : le décollement persiste toujours. L'acuité visuelle n'est pas devenue meilleure.

TOG : 12.

Le 17 novembre 1922, la malade revient pour la dernière fois se faire examiner.

TOG : 15.

En résumé : La tension qui était égale à 15 la veille de l'opération, c'est-à-dire à la limite de la normale, est égale à 20 après l'opération. Grâce aux injections d'eau salée, elle se maintient à ce taux, mais un an après environ elle est tombée à 12 et le décollement persiste toujours.

OBSERVATION II

Myopie forte. Décollement de la rétine.

Mademoiselle C..., institutrice libre, 32 ans, qui depuis l'âge de 9 ans porte des verres, mais d'une façon irrégulière, accuse à 16 ans une diminution importante de l'acuité visuelle surtout à gauche. Sa vue continue à baisser progressivement, malgré le repos qui lui est prescrit. Elle a par moment la sensation de mouches volantes, et autres corps flottants.

Le 2 février 1923, sa vision disparaît complètement du côté gauche dans le secteur inféro-interne, et dans les jours suivants ce voile noir s'étend, et elle ne conserve qu'un peu d'acuité dans le segment temporal du champ visuel. La malade a toujours été d'une santé fragile; sa mère et sa grand-mère sont myopes.

Examen le 22 février 1923 :

VOD : 1/3 (—23). — VOG : PL.

TOD : 18. — TOG : intonométrable, hypotonie extrême.

A l'ophtalmoscope : Décollement de la rétine OG.

Colmatage OG le 28 février 1923, suivi de trois injections d'eau salée.

Le 13 août 1923 : TOD : 15. — TOG : 10.

Le 27 février 1924 : TOD : 15. — TOG : 20.

Le 28 novembre 1924 : TOD : 22. — TOG : 15.

Le 30 juin 1925 : TOD : 20. — TOG : 20.

La tension a été, chez cette malade, prise d'une façon très irrégulière. Néanmoins le colmatage l'a relevée et maintenue aux environs de la normale.

OBSERVATION III

Myopie forte. Décollement rétinien.

Monsieur B..., 62 ans, peintre, entre pour la première fois à l'hôpital le 8 avril 1929 dans le service du Professeur Teuilières, parce que sa vue baisse de plus en plus.

A l'examen : VOD : —9 : 1/4. — VOG : P.L.

Le 18 avril, colmatage OG suivi de quatre piqûres de NaCl.

Le 8 juillet, le malade s'aperçoit que sa vue se trouble OD.

Le 12 juillet, on constate un décollement de la partie postérieure de la rétine OD.

Le 13 juillet : TOD : 18. Colmatage complet OD.

Le 24 juillet : injection de cyanure de mercure OD.

Le 9 août 1929 : gros décollement inférieur OD.

Le 12 août : injection sous-conjonctivale d'eau salée.

Le 14 août : deuxième injection d'eau salée.

Le 19 août : troisième injection d'eau salée.

Exéat le 28 août avec une ordonnance d'atropine.

Le 30 septembre 1929 : la partie inférieure de la rétine est toujours décollée OD.

Le 8 novembre 1929 : revient à l'hôpital.

Le 9 novembre : TOD : 17.

Il persiste un décollement inféro-nasal.

VOD : voit les doigts à 0 m. 75.

Le 15 novembre : TOD : 20.

Le malade est toujours en traitement à l'hôpital.

En résumé : il s'agit d'un homme qui a eu un décollement de la rétine aux deux yeux. Le colmatage et les injections d'eau salée maintiennent la tension de l'œil droit, mais le décollement persiste et il n'y a pas d'amélioration notable de l'acuité visuelle.

OBSERVATION IV

Myopie forte. Cataracte en évolution.

Madame V..., 66 ans, sans profession, vient à la consultation des maladies des yeux le 19 mai 1921. Elle prétend que la baisse d'acuité de sa vue a été lentement progressive, mais à partir du début du mois de mai 1921 cette baisse s'est accélérée.

Examen le 19 mai 1921 :

VOD : 1/100 (—10). — TOD : 13.

VOG : 1/6 (—10). — TOG : 13.

OD gros staphylome annulaire; opacification diffuse du cristallin; fond d'œil pigmenté.

Le 11 août 1921 : colmatage OD. — TOD : 13.

Le 22 août : TOD : 14.

Le 5 septembre : TOD : 14.

Le 18 septembre : TOD : 15.

Le 19 décembre : TOD : 18.

Le 13 janvier 1922 : VOD : 1/100 (—10).

Le 16 février 1922 : TOD : 22.

Le 31 mars 1922 : TOD : 23.

En résumé : A la suite du colmatage, la tension prise tous les mois environ n'a cessé de se maintenir aux environs de la normale, avec tendance constante à l'amélioration.

OBSERVATION V

Myopie forte. Décollement de la rétine.

Monsieur C..., chauffeur, vient à la consultation le 16 avril 1929, envoyé par son docteur, parce qu'il présente un décollement de la rétine à l'œil gauche qui a débuté le 10 mars 1929,

spontanément. La perte de la vision accusée surtout en bas et en dehors semble conservée en haut. Le malade a reçu des soins à Bayonne. Quoique myope, il n'a jamais porté de verres, sauf depuis 6 mois environ.

Examen le 16 avril :

VOD : 8 : 1/2. — TOD : 13.

VOG : 1/20. — TOG : 10.

Le 17 avril : Colmatage OG.

Le 26 avril : injection d'eau salée en haut OG.

Le 1^{er} mai : injection d'eau salée en dehors OG.

Le 6 mai : injection d'eau salée en bas.

Le 11 mai : TOG : 14.

Le 13 mai : injection d'eau salée en dedans.

Le 7 mai : le décollement n'est plus visible.

VOD : 1/2 (—8). — TODG : 17.

VOG : 1/10 (—6).

En résumé : le colmatage suivi d'injections d'eau salée, a eu pour résultat d'augmenter la tension et d'améliorer l'acuité visuelle.

OBSERVATION VI

Myopie forte avec staphylome et chorio-rétinite

M^{lle} O..., 23 ans, domestique, vient à la consultation, envoyée par son docteur. Ayant toujours été de santé délicate elle présente une myopie forte avec hypotension.

Dans ses antécédents héréditaires, aucun myope dans sa famille.

Examen le 10 septembre 1926 :

VOD : 1/4 (—20). — VOG : 1/6 (—20).

TOD : 14. — TOG : 13.

A l'examen ophtalmoscopique on remarque des lésions de myopie, staphylome et chorio-rétinite postérieure..

Le 13 septembre : Colmatage ODG suivi de quatre injections d'eau salée dans chaque œil,

Le 7 octobre :

VOD : $1/4$ (—20). — VOG : $1/6$ (—20).

TOD : 15. — TOG : 15.

Le 8 décembre : TOD : 14. — TOG : 17.

Le 28 février 1927 : TOD : 24. — TOG : 20.

Le 10 mai : TOD : 20. — TOG : 20.

Le 1^{er} mars 1928 : TOD : 15. — TOG : 13.

La malade n'est pas revenue depuis cette époque. A la suite des injections d'eau salée, la tension monte pendant cinq mois environ, puis redescend petit à petit au point d'atteindre le même niveau qu'avant l'opération au bout d'un an et demi environ. D'où l'utilité de pratiquer un deuxième colmatage pour lui remonter la tension.

OBSERVATION VII

Myopie forte.

M^{me} C..., 63 ans, cuisinière, entre à l'hôpital le 10 novembre 1920 parce que sa vue faiblit progressivement, et parce qu'elle éprouve par moment la sensation de mouches volantes; elle n'a jamais porté de verres correcteurs, mais elle a toujours eu la vue faible.

Examen le 12 novembre 1920 :

VOD : $1/10$ (—10). — VOG : $1/2$.

TOD : 20. — TOG : 20.

A l'examen ophtalmoscopique : OD : chorio-rétinite maculaire. — OG : choréïdite péripapillaire avec intégrité de la macula.

Le 13 novembre 1920 : hémicolmatage supérieur OD.

Le 14 novembre : peu de réactions, à aucun moment la cornée ne présente de troubles.

Le 15 novembre : TOD : 25. — TOG : 25.

Le 18 novembre : hémicolmatage inférieur OD.

Le 19 novembre : TOD : 20.

Le 20 novembre : une injection d'eau salée OD.

Le 24 novembre TOD : 18.

Le 26 novembre : deuxième injection d'eau salée.

Le 27 novembre : TOD : 20.

Le 2 décembre : TOD : 24.

Le 3 décembre : troisième injection d'eau salée.

Le 6 décembre : TOD : 23. La malade sort de l'hôpital.

Le 21 février 1921 : TOD : 22. — V : 1/4.

Le 19 avril : TOD : 20. — V : 1/4. Le champ visuel est agrandi.

Dans cette observation nous constatons : un relèvement net de la tension après un hémicolmatage supérieur OD, puis la tension baisse légèrement et se maintient entre 18 et 22 grâce aux injections d'eau salée.

Cette amélioration se maintient pendant plusieurs mois en même temps que l'acuité remonte et que l'on constate un agrandissement du champ visuel.

OBSERVATION VIII

Décollement de la rétine. Myopie forte.

M^{me} L..., 48 ans, ménagère, vient pour la première fois le 9 novembre 1929 parce que depuis quatre jours elle n'y voit plus de l'œil gauche. C'est une ancienne myope; elle raconte qu'un soir, étant allée au cinéma elle vit comme de petites lueurs qui dansaient devant ses yeux, et le lendemain matin elle eut un scotome temporal qui augmentant peu à peu lui permit à peine de distinguer les objets à 1 mètre.

Examen le 9 novembre :

VOD : (0°—3)—8 : 1. — TOD : 18.

VOG : compte les doigts à un mètre. — TOG : 12.

Le 15 novembre : hémicolmatage OG.

Le 16 novembre : colmatage complet.

Le 19 novembre : injection d'eau salée 1 cm³.

Le 24 novembre : injection d'eau salée 1 cm³.

Le 5 décembre 1928 :

VOD : (0°-3)—6 : 1/4. — TOD : 15.

VOG (0°-3)—6 : 1/4. — TOG : 8.

L'on constate à l'examen ophtalmoscopique un aplatissement du décollement à l'œil gauche.

Le 17 janvier 1929 :

VOD (0° -3)—6 : 1/4.

VOG (0° -3)—6 : 1/10.

Le 21 janvier 1929 : injection sous-conjonctivale d'eau salée OG.

Le 25 janvier : deuxième injection sous-conjonctivale d'eau salée OG.

Le 26 février :

VOD : (0° -3)—6 : 1/4. — TOD : 14.

VOG : (0° -3)—6 : 1/10. — TOG : 12.

Le 12 juin : TOD : 18. — TOG : 13.

Le 28 novembre : TOD : 18. — TOG : 15.

En résumé : nous constatons que la tension n'a pas beaucoup augmenté avec le colmatage et les injections d'eau salée. Mais l'acuité visuelle est remontée manifestement.

OBSERVATION IX

Décollement myopique.

M^{me} A..., 60 ans employée de commerce, vient consulter le 30 avril 1920 le professeur Lagrange. Elle raconte qu'il y a huit jours elle a éprouvé la sensation de mouches volantes devant l'œil droit, puis celle d'un voile noir dans la partie externe du champ visuel.

Examen le 30 avril :

OD : Rétine soulevée au niveau du pôle postérieur; grosse taie cornéenne centrale.

OG : Lésions de chorio-rétinite myopique, taie cornéenne.

TOG : 18. — TOD : trop faible pour être évaluée.

VOD : 1/30.

1^{er} mai : Colmatage, incision conjonctivale à l'équateur; cauterisation et suture de la conjonctive.

3 mai : TOD : 10.

4 mai : TOD : 3. — TOG : 15.

Le malade sort de l'hôpital.

Le 20 mai : TOD : 10. La rétine est moins décollée. — VOD : 1/10, Champ visuel normal,

Le 16 juillet 1920 : TOD : 4. — V : 1/10.

Le 19 avril 1921 : TOD : 7. — V : 1/30. Le champ visuel est diminué.

Cette observation a été publiée en partie dans la thèse de Giffa jusqu'au 20 mai. Il était intéressant de savoir comment s'était comportée la tension de l'œil droit qui avait été colmaté.

Au bout de 11 mois, elle est tombée de 10 à 7, l'acuité visuelle de 1/10 à 1/30. Ce résultat méritait d'être signalé.

OBSERVATION X

Myopie forte

M^{me} C..., 48 ans, domestique, vient à la consultation le 24 janvier 1926, parce qu'elle se plaint d'avoir la sensation de taches noires et de mouches volantes devant les yeux.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires; pas de myopes dans sa famille.

A l'âge de 35 ans, s'est mise à porter des verres.

Examen le 25 janvier 1926 :

VOD : 1/4 (—18). — T : 15.

VOG : 1/4 (—18). — T : 14.

Lésions de choroïdite étendues surtout à gauche.

Le 27 janvier : Hémicolmatage supérieur OD.

Le 3 février : Hémicolmatage inférieur OD.

Le 17 février : Hémicolmatage supérieur OG.

Le 20 février : Hémicolmatage inférieur OG.

Le 2 mars 1926 : TOD : 17. — TOG : 12.

Le 21 mai 1926 : TOD : 18. — TOG : 13.

Nous voyons que le colmatage a été fait en deux temps pour l'œil droit et l'œil gauche.

La tension ne s'élève pas brutalement, mais au bout de trois mois, elle commence à monter dans les deux yeux.

OBSERVATION XI

Décollement rétinien

M^{me} C..., 65 ans, domestique, qui au mois d'avril 1924 était venue à la consultation, se plaignant d'y voir mal de l'œil droit, vient consulter de nouveau le 31 mars 1925. Elle raconte qu'il y a 15 jours, elle s'est aperçue qu'elle n'y voyait plus de l'œil droit; toutefois, du côté temporal, elle perçoit encore les objets, d'une façon suffisante pour pouvoir se conduire.

Examen le 31 mars 1925 :

OG est intact.

OD : Pas de troubles de modification de la pupille; décollement rétinien, hypotonie extrême. — TOD : 3-4.

Le 6 avril 1925 : Colmatage OD, suivi de quatre injections d'eau salée.

Le 30 janvier 1926 : TOD : 23.

Le 20 octobre 1926 : TOD : 20.

La tension prise à des intervalles irréguliers se maintient normale après le colmatage.

OBSERVATION XII

Décollement rétinien

M. D..., 38 ans, employé, vient à la consultation pour la première fois le 6 décembre 1928. Il raconte qu'il y a huit jours il s'aperçut que sa vue était légèrement troublée, dans la partie supérieure de son champ visuel. C'est un ancien myope qui porte des lunettes depuis 15 ans.

Examen le 6 décembre :

VOD : —13 : 1/6. — VOG (—12) : 1/4.

A l'examen ophtalmoscopique, on remarque un décollement de la rétine OD en bas et en dehors. TOD : 18. — TOG : 22.

Le 10 décembre 1928 : Colmatage complet OD.

On fait ensuite quatre injections de chlorure de sodium.

Le 28 décembre, le malade quitte l'hôpital avec une ordonnance d'atropine.

Le 11 janvier 1928 : VOG : 1/4. — VOD : 1/6.

Le 16 janvier 1928 : Colmatage complet OG, suivi de quatre injections d'eau salée.

Le 8 février 1929 : VOD : 1/4. — VOG : 1/4.

Le 15 mars 1929 : l'acuité visuelle ne présente aucune amélioration.

Le 12 juin : TOD : 20.

TOG : 20.

Le 28 novembre : TOD : 20. — TOG : 23.

En résumé : Le colmatage pratiqué aux deux yeux n'a pas amené une amélioration de l'acuité. La tension se maintient normale.

OBSERVATION XIII

Myopie forte

M^{me} L..., 46 ans, couturière, vient à la consultation le 21 juin 1926, parce que depuis quelque temps elle se plaint de voir des mouches volantes, et les objets déformés devant elle. C'est une ancienne myope, d'un tempérament nerveux, dont les parents sont également myopes.

Examen le 21 juin 1926

VOD : 1/4 (0°—2,50) —8. TOD : 16.

VOG : 1/4 (—10). — TOG : 15.

Le 22 juin 1926 : Hémicolmatage supérieur OD.

Le 26 juin : Hémicolmatage inférieur OD.

Le 3 juillet 1926 : Hémicolmatage supérieur OG.

Le 5 juillet : Hémicolmatage inférieur : OG.

Le 5 juillet : Hémicolmatage inférieur OG.

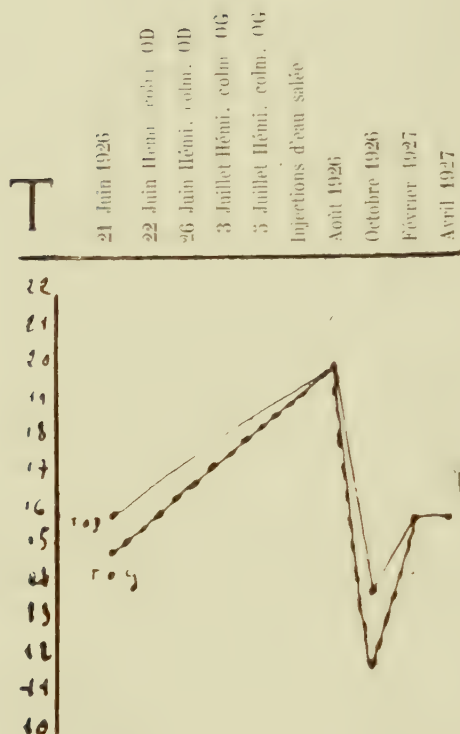
Quatre injections d'eau salée dans chaque œil.

Le 12 août : TODG : 20.

Le 4 octobre : TOD : 14. — TOG : 12.

Le 11 février 1927 : TODG : 16 m/m.

Le 20 avril 1927 : TODG : 16.



Dans le colmatage en deux temps, suivi d'injections d'eau salée, la courbe monte lentement, redescend ensuite légèrement au mois d'octobre pour revenir au même niveau qu'au moment de l'opération, au mois d'avril.

D'où l'utilité qu'il y aurait eu à pratiquer un deuxième colmatage à l'œil droit et gauche.

OBSERVATION XIV

Décollement de la rétine chez une spécifique

M^{me} B..., 58 ans, entre le 19 mars 1920. En septembre 1919, sa vue faiblit brusquement de l'œil droit. On diagnostique un décollement de la rétine qui est traité par des injections sous-conjonctivales; malgré cela, l'acuité baisse progressivement.

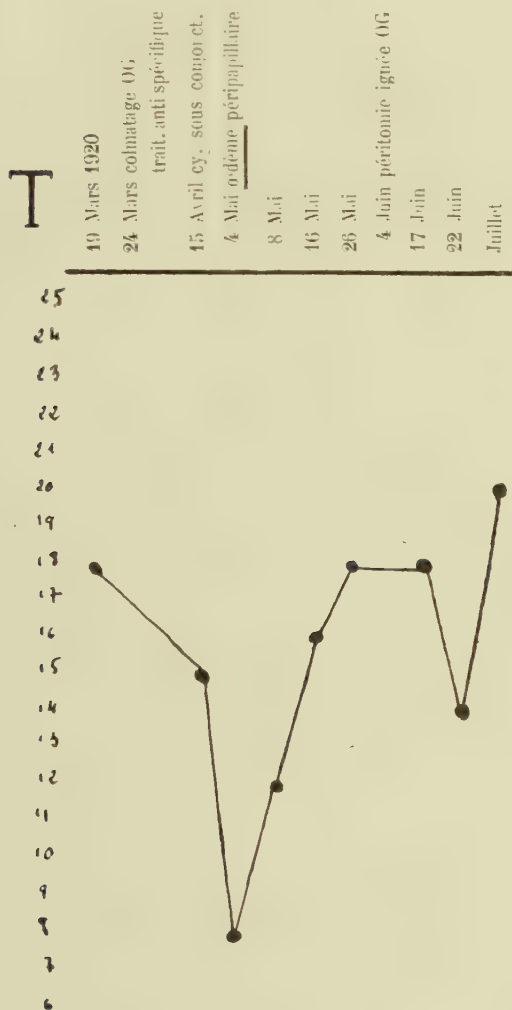
Le 15 mars 1920, elle a eu des photopsies à l'œil gauche. Dans les antécédents on relève de la myopie forte.

Examen le 19 mars :

Décollement de la rétine en haut et en dehors OG avec corps flottants du vitré.

TOG : 18. — TOD : 14.

OGV : 1/20. — VOD : PL.



Colmatage le 24 mars OG. W. nettement positif. On fait une cure de néosalvarsan.

Le 15 avril : TOG : 15. — TOD : 14.

On pratique alors des injections de cyanure sous-conjonctivales. Le 4 mai, à l'ophtalmoscope on constate de l'œdème péripapillaire.

TOG : 8. Injection de cyanure.

Le 8 mai : TOG : 12.

Le 16 mai : TOG : 16.

Le 26 mai : TOG : 18.

Le 4 juin : péritomie ignée OG.

Exéat le 22 juin, l'œdème péripapillaire a diminué. TOG : 14.

Le 31 juillet : TOG : 20. L'œdème péripapillaire persiste.

Nous observons chez une spécifique une chute de tension due à une complication, puis elle remonte peu à peu.

OBSERVATION XV

Décollement de la rétine OG

M^{me} R..., lingère, âgée de 57 ans, entre le 12 décembre 1919 dans le service d'ophtalmologie, parce que sa vue a baissé subitement de l'œil gauche. Elle est atteinte de myopie forte depuis son enfance.

Le 4 juillet 1916, elle constate que son œil gauche n'y voit plus, ayant éprouvé quelques jours avant dans cet œil la sensation d'étincelles et de mouches volantes.

Le 4 août 1916, on diagnostique un décollement total de la rétine OG.

V : PL.

Le 10 août : Colmatage OG avant l'opération. TOG : 4 à 5.

Le 28 août 1916 : TOG : 22. — V : PL.

Le 3 septembre 1916, la malade est dans le même état. La tension se maintient.

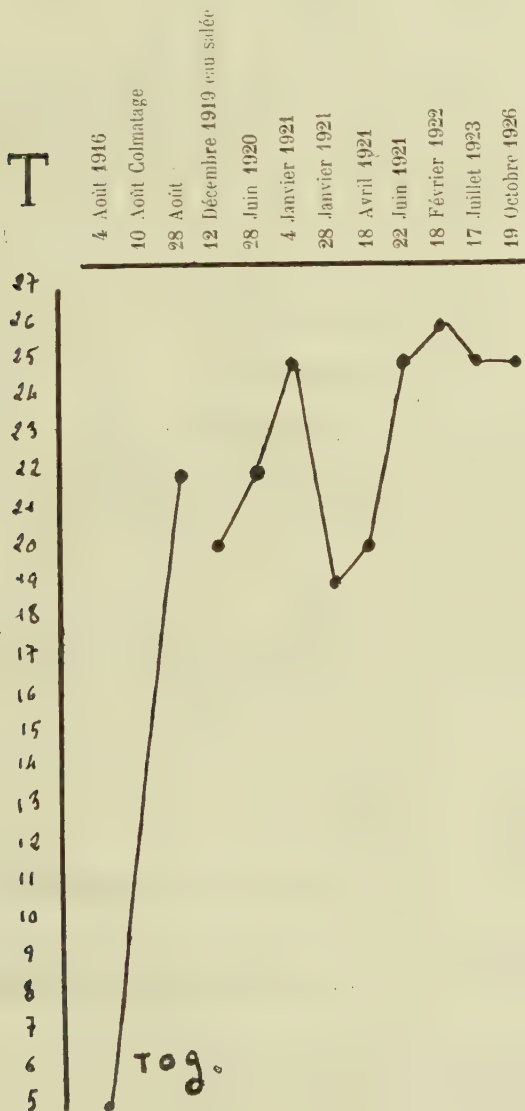
Le 12 décembre 1919, elle est traitée par des injections d'eau salée. TOG : 20. — V : PL.

Le 28 juin 1920 : TOG : 22.

A l'ophtalmoscope, la rétine est décollée en dehors et en haut. La tension se maintient.

Le 4 janvier 1921, il semble y avoir une légère amélioration de l'acuité de l'œil colmaté :

Compte les doigts à 1 mètre : TOG : 25.



Le 28 janvier 1921 : TOG : 19.

Le 18 avril : TOG : 20.

Le 22 juin 1921 : TOG : 25.

En février 1922 : TOG : 26.

En juillet 1923 : TOG : 25.

En octobre 1926 : TOG : 25.

La première partie de cette observation jusqu'en 1920, est relatée dans la thèse de Giffø. Cette malade est revenue à l'hôpital et chaque fois la tension a été prise; elle n'a jamais été inférieure à la normale à la suite du colmatage pendant une période de dix années environ.

OBSERVATION XVI

Myopie forte

M^{me} G..., 71 ans, entre le 13 janvier 1920 dans le service d'ophtalmologie. Elle raconte qu'elle a toujours été myope, mais elle a conservé une acuité visuelle suffisante, jusqu'à il y a un an environ, époque depuis laquelle celle-ci baisse progressivement.

Examen le 13 janvier 1920 :

Corps flottants du vitré ODG. Champ visuel normal. OD, staphylome postérieur avec nombreuses lésions de chorio-rétinite.

OD : 18. — V : 1/50. OG : 14. — V : 1/20.

TODG : 8.

Le 15 janvier : colmatage OD.

Le 17 janvier : TOD : 22.

Le 19 janvier : TOD : 22. Injection sous-conjonctivale d'eau salée.

Le 23 janvier : TOD : 12.

Le 26 janvier : TOD : 18. Injection sous-conjonctivale d'eau salée.

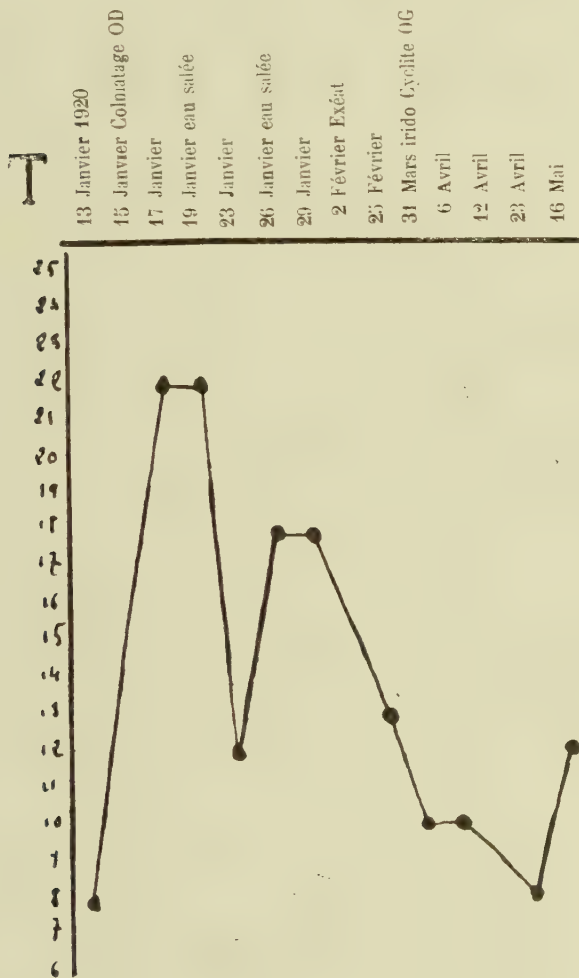
Le 29 janvier : TOD : 18.

Le 2 février, la malade sort de l'hôpital.

Le 25 février : TOD : 13.

Le 31 mars : TOD : 10. La malade revient à l'hôpital se plaignant de douleurs très vives OG. L'œil est mou. TOG : 4.

Le 6 avril : TOD : 10. Injection sous-conjonctivale de cyanure OG.



Le 23 avril : TOD : 8. — TOG : 5.

Le 27 avril, l'acuité s'améliore; la tension paraît plus forte OG. Les corps flottants du vitré existent toujours.

Le 16 mai : TOD : 12. — TOG : 15.

La malade sort de l'hôpital améliorée.

Nous observons ici une ascension brusque de la courbe après le colmatage, puis elle baisse pour remonter à 18 à l'aide d'injections modificatrices.

Au mois de mars, l'œil gauche est atteint d'irido-cyclite. La tension baisse alors dans les yeux et remonte lentement jusqu'au mois de mai.

OBSERVATION XVII

Décollement rétinien

M^{me} D..., 35 ans, cultivatrice, vient à la consultation le 25 septembre 1920. Elle prétend avoir reçu un coup de poing sur l'œil gauche il y a trois mois, et depuis sa vue a baissé. Elle a la sensation de brouillard devant l'œil. C'est une myope mais elle n'a jamais porté de verres.

Examen le 29 septembre 1920 :

TOD : 15.

OG : œil mou, compte les doigts à 10 centimètres. Décollement temporal.

Le 30 septembre : Colmatage OG selon le procédé du lambeau conjonctival.

Le 2 octobre : On voit une suppuration OG ayant pour origine un point de sphacèle en haut et en dehors au niveau d'un point de suture.

Le 9 octobre : TOG : 15.

Le 13 octobre : TOG : 8 à 10.

Le 15 octobre : TOG : 8 à 10.

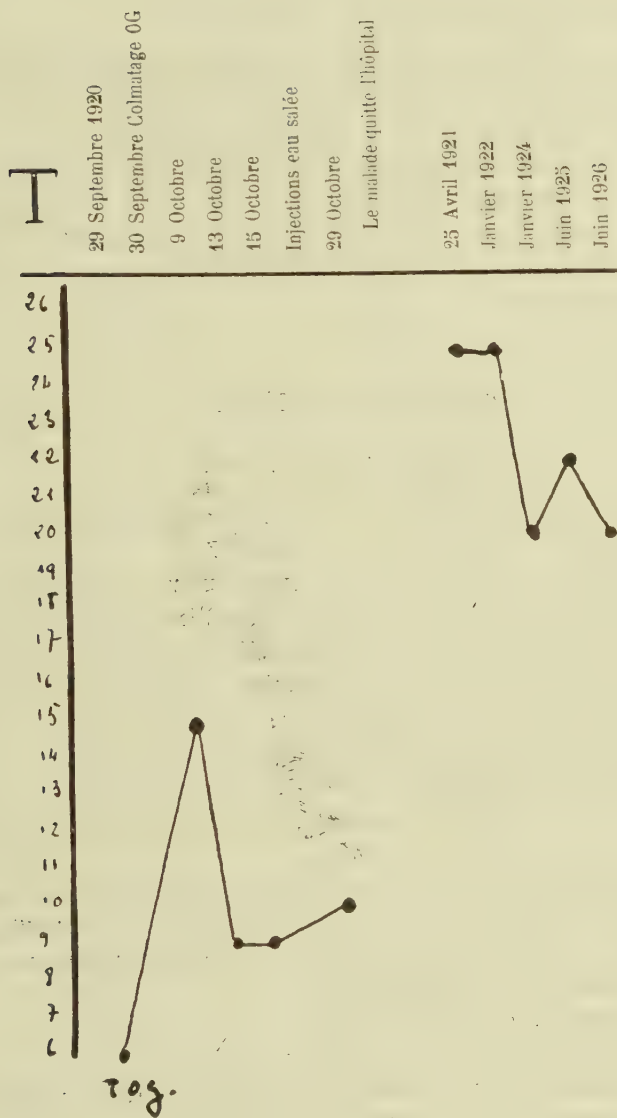
Le 16 octobre : injection d'eau salée.

Le 19 octobre : injection d'eau salée.

Le 27 octobre : injection d'eau salée.

Le 29 octobre : TOG : 10. — V : 1/10.

Le 28 avril 1921, on ne trouve plus trace du décollement à l'examen ophtalmoscopique. TOC : 25.



Le 10 janvier 1922 : TOG : 25. — TOD : 28.

Le 8 janvier 1924 : TOG : 20. — TOD : 24.

Le 26 juin 1925 : TOD : 25. — TOG : 22.

Le 14 juin 1926 : TOD : 15. — TOG : 20.

Cette observation est publiée jusqu'au 29 octobre 1920 dans la thèse de Genin. Depuis cette époque, la malade est revenue à l'hôpital et chaque fois sa tension a été prise.

Les injections modificatrices pratiquées à la suite du colmatage ne font pas remonter sensiblement la tension. Mais au bout de six mois, la courbe remonte et se maintient pendant six ans aux environs de la normale. Le résultat méritait d'être signalé.

OBSERVATION XVIII

Décollement de la rétine

M^{me} M..., 30 ans, couturière, vient à la consultation le 28 octobre 1920.

En septembre 1919, sa vue a brusquement faibli à gauche. La sensation de mouches volantes qu'elle éprouvait depuis quelques temps est remplacée par celle d'un voile noir placé devant l'œil gauche, et ne lui permettant que la vision d'objets placés à ses pieds. Traitée par des frictions mercurielles à la tempe et par une série de piqûres intrafessières, la malade cesse ce traitement au bout de deux mois. Un an après, le 25 octobre 1920, son état empirant, elle vient à la consultation.

Elle a eu une enfance chétive, une menstruation normale, une très nette spécificité, elle a porté, très irrégulièrement d'ailleurs, des verres nécessaires pour corriger une myopie qui s'est déclarée dès l'enfance.

Examen le 29 octobre 1920 :

VOD : 1/10. — T : 18. — VOG : 1/20. — T : 10.

A l'ophtalmoscope : rétine décollée sur une vaste étendue occupant la moitié inférieure de cette membrane.

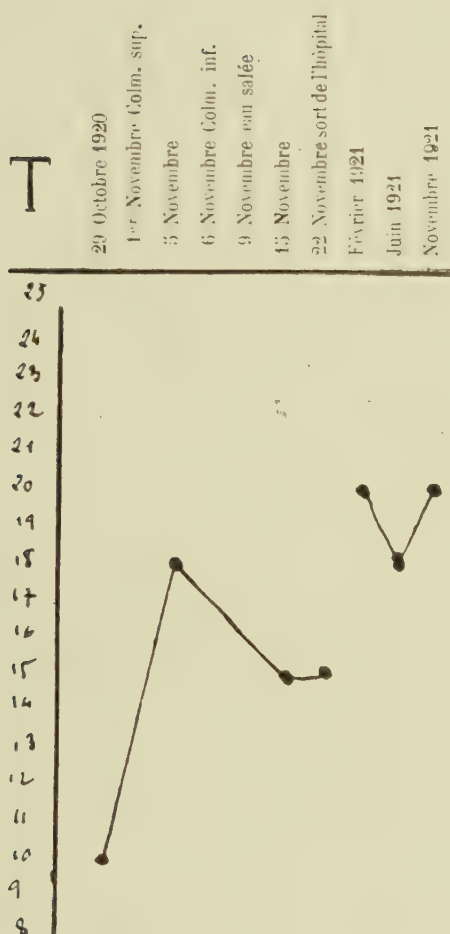
1^{er} novembre : Hémicolmatage supérieur OG.

5 novembre : TOG : 18.

6 novembre : Colmatage inférieur OG.

9 novembre et suivants : 3 injections d'eau salée.

Le 15 novembre : TOG : 15.



Le 22 novembre : La malade sort de l'hôpital. TOG : 15.

Le 12 février 1921 : TOG : 20. Au doigt, la tension est nettement relevée, mais l'acuité visuelle n'a pas été modifiée.

Le 8 juin 1921 : TOG : 18. — V : 1/20.

Le 20 novembre 1921 : TOG : 20.

On voit que la tension passe de 10 à 18, après un hémicollatage. Elle se maintient jusqu'au moment où la malade sort de l'hôpital. Trois mois après, un an après, elle n'a pas subi de modifications notables.

CHAPITRE VII

DISCUSSION

Nous avons relaté 18 observations de malades. Nous nous sommes proposés d'étudier les effets tardifs du colmatage sur la tension de l'œil bien plus que ses effets immédiats, qui ont fait l'objet d'études antérieures à notre travail. Pour atteindre ce but, nous avons parfois été obligés de reprendre des observations qui ont déjà été publiées, et nous les avons complétées, en donnant un graphique des variations de la tension si celle-ci offrait quelque particularité intéressante.

Nous ne dirons que quelques mots des effets immédiats du colmatage sur la tension de l'œil. L'observation VII montre que la tension passe de 20 à 25 après un hémicolmatage supérieur, l'observation XV qu'elle passe de 5 à 22 après le colmatage.

L'observation XVI montre qu'elle passe de 8 à 22 après l'opération, de 6 à 15 dans l'observation XVII.

Le relèvement de la tension est d'autant plus net que l'hypotonie est plus marquée.

Dans les jours suivants la courbe commence une marche progressivement descendante, pour remonter ensuite légèrement à chaque injection d'eau salée.

Au bout d'un mois, la tension a baissé, courbe 16, mais son niveau est supérieur à celui où il se trouvait avant l'opération. Dans le colmatage en deux temps, observation X, courbe 13, la tension monte lentement et n'accuse pas d'oscillations aussi fortes que dans le colmatage en un temps.

Les effets tardifs nous retiendrons davantage. Ce sont ceux qui surviennent six mois environ après l'opération. A ce moment le tissu de cicatrisation a eu le temps de se former et de boucher les voies d'excrétion de l'humeur aqueuse.

Dans l'observation IV, la tension se maintient au-dessus de 20; les observations VII, XIV, XVI, XVII montrent les effets éloignés du colmatage, et accusent une amélioration nette de la tension.

L'observation XIII est assez intéressante. Si nous examinons la courbe nous constatons que la tension ne cesse de monter grâce au colmatage en 2 temps suivi d'injection d'eau salée, pendant deux mois environ, puis elle accuse une légère baisse; six mois après elle se maintient à un taux constant. Que s'est-il passé en effet ? le tissu de cicatrisation qui s'est formé après l'opération n'a pas été assez dense pour oblitérer les voies d'excrétion qui sont encore perméables; c'est à ce moment qu'il faudrait pratiquer un deuxième colmatage pour compléter l'action du premier jugée insuffisante.

Etudions maintenant les variations de la tension au bout d'un an, de plusieurs années. Une remarque générale s'impose. Si un an après le colmatage, la tension s'est maintenue à un taux normal, elle ne varie guère généralement dans les années qui suivent, car cette opération a eu pour effet de relever d'une façon définitive le tonus-oculaire. Prenons quelques exemples. L'observation II montre que la tension se maintient autour de 20 en février, novembre

1924, juin 1925, le colmatage ayant été pratiqué en février 1923, la tension de l'œil gauche étant extrêmement basse, intonométrable.

L'observation XV s'échelonne sur une période de dix années. La tension qui, chez la malade était aux environs de 5, passe à 22 après le colmatage, et ne descend jamais au-dessous de 19, entre le mois d'août 1914 et le mois d'octobre 1926.

L'observation XVII montre que chez une malade que la tension se maintient au-dessus de 20 de 1921 à 1926.

Par contre, nous constatons dans l'observation IX que les effets du colmatage sur la tension sont loin d'être satisfaisants, un an après l'opération, la tension est retombée à 7, l'acuité visuelle est passée de $1/10$ à $1/30^e$.

L'observation I montre qu'au bout d'un an la tension est tombée à 12 et que le décollement persiste toujours.

Nous voyons par ce rapide exposé quels sont les effets du colmatage sur les variations de la tension prises à des époques différentes; il y a de bons et de mauvais cas, mais jamais nous n'avons enregistré une aggravation de la maladie due à cette opération qui est absolument inoffensive, si elle est pratiquée suivant la technique préconisée à Bordeaux.

CONCLUSIONS

a) *Effets immédiats.*

I. — Le relèvement de la tension après le colmatage en un temps est extrêmement net. Il suffit de constater les résultats fournis par le tonomètre avant et après l'opération.

II. — Dans le colmatage en deux temps — hemicolmatage supérieur et hemicolmatage inférieur — il n'en est pas de même et les variations de la tension sont moins accusées.

III. — D'une façon générale, la tension ne reste pas au niveau élevé qui suit l'opération : elle accuse une baisse variable avec les cas envisagés.

IV. — L'acuité visuelle peut remonter dans les cas favorables, mais ce résultat ne fait pas l'objet de notre travail.

b) *Effets tardifs.*

V. — Si, au bout de six mois environ, la tension donne un chiffre au-dessous de la normale, on pratiquera un deuxième colmatage qui complètera l'action du premier.

VI. — Il est des cas où cette précaution est inutile et où la tension se maintient normale pendant de nombreuses années.

VII. — Il en est d'autres où cette thérapeutique n'aboutira qu'à un succès momentané.

VIII. — Malgré tout, la méthode de Lagrange a donné d'excellents résultats. Elle trouve son application dans toutes les maladies s'accompagnant d'hypotension : en particulier, la myopie maligne et le décollement de la rétine.

VU, DON A IMPRIMER :

Le Président,

D^r TEULIÈRES.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 3 décembre 1929.

Le Recteur de l'Académie.

F. DUMAS.

CHAPITRE VIII

BIBLIOGRAPHIE

ADAMUCK : Nouvelles recherches sur l'influence du sympathique et du trijumeau sur la pression et la filtration intraoculaire.

ALEXANDRE (R.) : Tension artérielle et viscosité sanguine dans le glaucome. Thèse de Paris 1912.

BALAVOINE : Recherches sur la tension artérielle maxima et minima dans quelques affections oculaires. Thèse de Paris 1911.

BETTREMIEUX : Sur les traitements chirurgicaux du décollement de la rétine. *Annales d'oculistique* 1912.

— Décollement de la rétine et ophtalmotonus. *Annales d'oculistique* 1927.

— Quel est le meilleur traitement du décollement de la rétine ? *Archives d'ophtalmologie*, décembre 1928.

BOURQUIN, de Lausanne : Un agent inexploité de l'hypotension oculaire. Le courant faradique. *Revue d'ophtalmologie*, décembre 1925.

CHEVALLEREAU : Traitement du décollement rétinien par les pointes de feu. *Revue générale d'ophtalmologie*, N° 51892.

COLOMBO, de Palerme : Etude des variations normales et pathologiques de la tension oculaire et des causes déterminantes. *A. d'oculistique*, 1926.

DELORME : Un décollement rétinien myopique guéri par le colmatage du segment antérieur. *Archives d'ophtalmologie*, avril 1923.

FOURRIÈRE : Recherches de tonométrie oculaire. *Annales d'oculistique*, janvier 1913.

J. GALLOIS : Pathogénie du décollement de la rétine. *Annales d'oculistique*, 1927.

— Notes sur l'opération de Sourdille et sur la pathogénie du décollement rétinien idiopathique. Société d'ophtalmologie de Paris, mars 1925.

GENEVIEVE : Le colmatage en chirurgie oculaire. Thèse de Bordeaux, 1914.

GENIN : Des effets immédiats du colmatage sur la tension de l'œil hypotone. Thèse de Bordeaux, 1922.

GIFFO : De l'hypotonie oculaire. Essais de relèvement de la tension de l'œil. Le colmatage en chirurgie oculaire. Thèse de Bordeaux, 1920.

J. GONIN : Le traitement du décollement rétinien. *Annales d'oculistique*, 1921.

— Mes plus récentes expériences touchant le décollement rétinien. Communication faite aux oculistes suisses. Lucerne, 16 juin 1928.

LACROIX : La tension oculaire dans la myopie élevée progressive chez l'adulte. *Annales d'oculistique*, octobre 1922.

LAGRANGE : Précis d'ophtalmologie. — Du relèvement de la tension oculaire. *Arch. d'ophtalmol.*, juin 1914.

— Glaucome et hypotonie.

— Moyens chirurgicaux de combattre l'hypertonie et l'hypotonie. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, juin 1912.

— Hypotonie oculaire, ses causes, ses dangers, son traitement. *Archives d'ophtalmologie*, mai 1927.

LEPLAT : Nouvelles recherches sur la circulation du liquide intraoculaire. *Ann. d'oculistique*, 1895.

LEVINSOHN : Sur la tension oculaire. *Ann. d'oculistique*, 1912.

MAGITOT : La tension oculaire physiologique, mai, juin, juillet 1917.

MASLENIKOWA : Les oscillations de la tension intraoculaire dans les yeux normaux et glaucomateux. *Revue d'ophtalmologie*, 1927.

NUEL et BENOIT : Des voies d'élimination des liquides intraoculaires hors de la chambre antérieure et du fond de l'œil. *Arch. d'ophtalmol.*, 1900.

PESME : Les effets du colmatage ou du calfeutrage sur l'hypotonie oculaire. Communication au Congrès de la Société française d'ophtalmologie, mai 1921.

RUBEN : Sur les injections sous-conjonctivales d'eau salée. Congrès d'Heidelberg, août 1912.

SEDAN : Mydriase spontanée dans les décollements de la rétine. Société d'oto-neuro-oculistique, déc. 1925.

SOURDILLE : Traitement du décollement de la rétine. Société d'ophtalmologie de Paris, juin 1924.

VAN HEUVEN : La valeur du colmatage de Lagrange comme thérapie du décollement rétinien. *Revue d'ophtalmologie*, 1927.

WEEKERS : Décollement rétinien expérimental. *Archives d'ophtalmologie*, juin 1925.

— Modifications expérimentales de l'ophtalmotonus. *Archives d'ophtalmol.*, novembre 1924.

— Pathogénie du décollement rétinien. *Revue d'ophtalmologie*, 1925.

— La tension oculaire dans le décollement de la rétine. *Arch. d'ophtalmol.*, 1925.

WESSELY : Etudes sur la tension oculaire, clinique, ophtalmologique.

ZIRM : Tension oculaire, glaucome myopique. *Annales d'oculistique*, juillet 1913.

